



Piano sanitario

OgniGiorno Salute

OgniGiorno Salute

EDIZIONE **2023**

DESTINATARI	PERSONE FISICHE , riconducibili all'attività promozionale di Itas Network , che intendono sottoscrivere un Piano sanitario in modalità Individuale o Famiglia.		
CONTRIBUTO DI ADESIONE	FASCIA D'ETÀ DELL'ADERENTE	CONTRIBUTO DI ADESIONE INDIVIDUALE ANNUO	CONTRIBUTO DI ADESIONE FAMIGLIA ANNUO
	Da 18 a 39 anni	€ 456	€ 1.008
	Da 40 a 59 anni	€ 576	€ 1.272
	Da 60 a 70 anni	€ 888	€ 1.956

SOMMARIO

1. PREMESSE	pag. 4
2. GLOSSARIO	pag. 6
3. FORME DI ASSISTENZA	pag. 13
4. CONTATTI	pag. 17
5. GARANZIE DEL PIANO SANITARIO	pag. 19
5.1 Area RICOVERO E INTERVENTO	pag. 22
5.2 Area SPECIALISTICA	pag. 27
5.3 Area MATERNITÀ	pag. 31
5.4 Area ODONTOIATRICA	pag. 34
5.5 Area SOCIO-SANITARIA	pag. 38
5.6 Area PSICOLOGICA	pag. 41
5.7 Programmi di PREVENZIONE	pag. 44
6. ASSISTENZA H24	pag. 48
7. NORME DI ATTUAZIONE	pag. 50
7.1 NORME PARTICOLARI	pag. 52
7.2 LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	pag. 56
7.3 NORME GENERALI	pag. 60
8. ALLEGATI	pag. 66
8.1 ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTEVENTI CHIRURGICI	pag. 67
8.2 ALLEGATO 12 - ELENCO GRAVI PATOLOGIE	pag. 68



01

PREMESSE

L'iscrizione al presente Piano sanitario è consentita alle persone fisiche, riconducibili all'attività promozionale di Itas Network, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto vigente di Mutua CST, sulla base dell'accordo mutualistico stipulato tra Itas Network e Mutua CST.

Il Piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli Aderenti e agli Aveni Diritto un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

Mutua CST è una Società di Mutuo Soccorso costituita ai sensi della Legge 15 aprile 1886, n. 3818, che ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria ed opera, senza alcuna finalità di lucro, esclusivamente in favore dei propri soci e dei loro familiari, o dei soci di altre SoMS ad essa associate, intendendo far partecipare i medesimi ai benefici della mutualità, con specifica, ancorché non esclusiva, attenzione al settore sanitario, anche attraverso l'istituzione o gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

Mutua CST è in grado di garantire agli Aderenti una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dal presente Piano sanitario, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto vigente.

Mutua CST mette a disposizione la rete di Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST, anche per il tramite del rapporto di mutualità mediata con Cooperazione Salute SMS ETS, al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.

A large, white, stylized outline of the number '02' is positioned on the left side of the page. The '0' is a simple circle, and the '2' has a thick, blocky base. The number is set against a background of two shades of green: a lighter green on the right and a darker green on the left, separated by a curved boundary. A large, semi-transparent green circle is partially visible behind the number.

GLOSSARIO

Nel presente Glossario sono definiti i termini utili alla comprensione del Piano sanitario, caratterizzati nel documento dalla lettera iniziale maiuscola. La definizione dei termini al singolare vale anche per i relativi plurali e viceversa. Il Glossario è da intendersi quale parte fondamentale ed integrante del Piano sanitario.

TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Mutua CST assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Apparecchio protesico:	Dispositivo o apparato artificiale rivolto a sostituire un organo (o parte di esso) o un segmento corporeo con l'intento di supplire, almeno potenzialmente, alle sue funzioni.
Alta specializzazione diagnostica e strumentale:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo, che richiede specifiche professionalità o attrezzature ad elevata tecnologia.
Area Riservata:	portale web di Mutua CST accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già iscritti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Mutua CST offre per beneficiare della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un evento fortuito.
Assistenza in forma diretta:	regime per cui l'Aderente accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute - Mutua CST, tramite preventiva richiesta alla Società mediante Area Riservata. L'Aderente è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruite presso il Network nei limiti delle somme indicate analiticamente nel Piano sanitario. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: <ul style="list-style-type: none"> • un Rimborso per spese già sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie, previa presentazione alla Società dei documenti di spesa e della prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano sanitario; • un Indennizzo al verificarsi di un Sinistro previsto dal Piano sanitario.
Assistenza infermieristica:	assistenza offerta da professionista sanitario, munito di specifica qualifica riconosciuta dal Ministero della Salute e regolarmente iscritto all'Ordine Professionale tenuto presso la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi).
Avente Diritto:	la persona fisica, non socia di Mutua CST, che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto membro del Nucleo familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/ Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e l'effetto della Garanzia.

Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.
Centrale operativa/ Struttura organizzativa:	la struttura di Mutua CST, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Aderenti.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al Ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Mutua CST per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Day Hospital/Day Surgery:	Ricovero in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital o Day Surgery.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Mutua CST e di adesione al Piano sanitario prescelto.
Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'evento coincide con la data del Ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano terapeutico, la data dell'evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Grandi interventi chirurgici:	l'insieme degli interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.
Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata nel caso di Ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale che non comporti spese sanitarie a carico dell'Aderente durante la degenza. Tale indennità è finalizzata a supportare l'Aderente nel percorso di recupero della salute che inizia con il suo rientro al domicilio, il diritto all'indennità è riconosciuto da detto momento.
Indennizzo/Indennità:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, alternativa al Rimborso e all'Assistenza diretta per la stessa Garanzia.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche", in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un Ricovero – anche in Day Hospital/Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche", in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un Ricovero – anche in Day Hospital/Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di Day Hospital/Day Surgery o di Ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del Ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Mutua CST non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9-CM).
Malattia terminale:	condizione irreversibile in cui la Malattia non risponde più alle terapie che hanno come scopo la guarigione ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia della persona e dal manifestarsi di disturbi (sintomi) sia fisici, ad esempio il dolore, che psichici. In questa condizione il paziente presenta un'aspettativa di vita di circa 90 giorni, non più suscettibile di terapia specifica chemio/radio terapeutica o chirurgica con un indice di Karnofsky minore o uguale a 50.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale:	importo stabilito per anno di copertura e per area di Garanzie/Garanzia del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, e degli Aventi Diritto se regolarmente inseriti in copertura, per la relativa area di Garanzie/Garanzia.
Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico Specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Mutua CST, anche per il tramite del rapporto di mutualità mediata con Cooperazione Salute SMS ETS, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, Istituti di cura, Centri Medici, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta, mista o indiretta.
Nucleo familiare:	<p>i soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia o nella dichiarazione dei redditi dell'Aderente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; • convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); • figli legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati: minorenni; maggiorenni fino al compimento del ventiseiesimo anno di età se fiscalmente a carico; maggiori di ventisei anni se permanentemente inabili al lavoro e non percettori di reddito.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	Malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Mutua CST all'Aderente e/o all'Avente Diritto se regolarmente inserito in copertura.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Aderente comprendente la descrizione dell'insieme delle prestazioni che il professionista sanitario convenzionato (ad esempio: medico, odontoiatra, fisioterapista) e lo stesso concordano di effettuare.
Presa in carico:	nell'ambito dell'Assistenza in forma diretta, comunicazione della Società all'Aderente riguardo alle prestazioni accordate a quest'ultimo con evidenza della quota parte di spesa a carico dell'Aderente.
Psicoterapeuta	Medico o psicologo, regolarmente iscritto al proprio Albo professionale, annotato nell'Albo dell'attività psicoterapica, che abbia conseguito una specializzazione post universitaria in psicoterapia presso una scuola di specializzazione pubblica, universitaria, o privata riconosciuta dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società, relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze o reclami le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Regime misto (definizione riferita all'Area Ricovero e Intervento):	regime per cui l'Aderente accede a prestazioni garantite dal Piano sanitario presso un Istituto di cura convenzionato con il Network (Assistenza diretta) ma riceve le prestazioni mediche da medici non convenzionati.
Ricovero improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Aderente, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo Accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Ricovero/Degenza:	permanenza in Istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata Ricovero o degenza se non segue il Ricovero nello stesso Istituto di cura. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno.
Rimborso:	somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Aderente e previste dal Piano sanitario stesso.
Rischio:	la probabilità che si verifichi un evento dannoso coperto da una Garanzia del Piano sanitario.
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO):	documento per la raccolta delle informazioni relative al paziente dimesso da un Istituto di cura pubblico o privato sul territorio nazionale. La SDO contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (ad esempio sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul Ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettuato il Ricovero ospedaliero.
Scoperto:	somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Aderente.
Servizio Sanitario Nazionale (SSN):	sistema pubblico articolato su più livelli di responsabilità e di governo atto a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Sistema Sanitario Nazionale si articola su più livelli di responsabilità: dal livello centrale costituito dallo Stato e dalle istituzioni di rilievo nazionale (ad esempio il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità) al livello regionale costituito dalle Regioni, dalle Province autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e aziende ospedaliere.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è garantita la prestazione.
Società:	Mutua CST - Società di Mutuo Soccorso
Socio Ordinario:	sono soci ordinari i soggetti in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto vigente di Mutua CST, che hanno presentato formale richiesta di iscrizione alla stessa per sé o per i propri famigliari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Mutua CST.
Sport professionistico/ Gare professionistiche:	attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, Centro medico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con cui Mutua CST ha definito un accordo (convenzionamento con il Network), anche per il tramite del rapporto di mutualità mediata con Cooperazione Salute SMS ETS, per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni e per la fruizione da parte degli Aderenti di prestazioni a tariffe calmierate.
Struttura sanitaria privata:	società, Istituto di cura, associazione, Centro medico e diagnostico e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzato, che operi nel settore dei servizi sanitari, regolarmente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie (e accreditato, nel caso di erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSN) dalle autorità competenti.
Sub-massimale/ Sotto limite:	importo stabilito per Garanzia/Sotto-Garanzia per anno di copertura o per Evento previsto dal Piano sanitario, rappresentante la spesa massima ricompresa nel Massimale principale a cui fa riferimento, che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, o dell'Avente Diritto se regolarmente inserito in copertura, per detta Garanzia/Sotto-Garanzia.
Telemedicina:	modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per il recupero di funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio, indennizzabili dal Piano sanitario. I Trattamenti fisioterapici riabilitativi devono essere effettuati in Centri medici da fisioterapista con laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge, o soggetti con titolo equipollente quali: Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista, diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge). Non rientrano nella definizione e quindi sono escluse dal Piano sanitario le prestazioni: per problematiche estetiche; eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o di mantenimento.
Visita specialistica:	prestazione sanitaria effettuata da Medico specialista per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale e Pediatri, e da professionisti non medici (ad esempio il biologo nutrizionista). Rientrano nella definizione, e quindi sono coperte dal Piano sanitario, le Visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute.
Voucher di riconoscimento:	documento di riconoscimento che permette alle Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST di identificare come Aderente o Avente Diritto ad un Piano sanitario di Mutua CST il soggetto che lo presenta e ne è intestatario, permettendogli di beneficiare delle tariffe agevolate concordate dalle Strutture convenzionate afferenti al Network. Tale documento è elaborato autonomamente dall'Aderente nella propria Area riservata.

03

FORME DI
ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA ➔

Per usufruire dell'Assistenza in forma diretta, l'Aderente dovrà attenersi al seguente iter:



Individuare una struttura fra quelle convenzionate: le Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST sono disponibili alla sezione *Consultazione - Ricerca struttura in Area Riservata*.



Contattare la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute - Mutua CST e prenotare.



Almeno **5** giorni lavorativi prima della prestazione, inviare a Mutua CST la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG). Qualora espressamente indicato nella singola Garanzia del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico Specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). La prescrizione deve contenere l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. **La prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente di non più di 365 giorni la data del documento di spesa.** Per le prestazioni odontoiatriche, se previste in forma diretta, è necessario allegare un piano di cure o autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate.

Mutua CST fornirà all'Aderente e alla struttura sanitaria l'autorizzazione a beneficiare del servizio.



L'Aderente dovrà presentarsi presso la Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di *Presa In Carico* in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Mutua CST allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta).



Al termine della prestazione sanitaria l'**Aderente** dovrà **saldare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Mutua CST. La quota rimanente verrà liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

L'Assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal Piano sanitario dell'Aderente; se autorizzata da Mutua CST; presso una Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST, con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute - Mutua CST. Mutua CST liquiderà alle Strutture convenzionate unicamente le prestazioni accordate all'Aderente e indicate nell'autorizzazione trasmessa dalla Società a quest'ultimo, eventuali ulteriori prestazioni effettuate ma non autorizzate rimarranno a carico dell'Aderente.

Non sono prese in considerazione richieste inoltrate direttamente dalle strutture del Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Mutua CST. Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente Diritto minorenni, la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente Diritto che deve fruire della prestazione.

La Società si riserva di richiedere all'occorrenza un certificato anamnestico e i relativi referti per escludere la presenza di patologie preesistenti.

La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

L' Assistenza in forma indiretta prevede il Rimborso o l'Indennizzo delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano sanitario. Per richiedere un Rimborso o Indennizzo l'Aderente dovrà far pervenire a Mutua CST entro **90 giorni** dall'avvenuta spesa o, nel caso di Ricovero, dalla data di dimissione e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **28 febbraio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:



- Prescrizione medica del Medico di Medicina Generale del SSN contenente l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. Qualora espressamente indicato nella singola prestazione del Piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico Specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). **In caso di prestazioni fruite in modalità privata, la prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente di non più di 365 giorni la data del documento di spesa.**
- Copia conforme della cartella clinica completa, ove prevista dal Piano sanitario, unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, etc);
- In caso di Infortunio deve essere presentato anche: referto del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'aderente può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

La Società si riserva di richiedere all'occorrenza un certificato anamnestico e i relativi referti per escludere la presenza di patologie preesistenti.

La richiesta di Rimborso o Indennizzo potrà essere presentata a Mutua CST:



- Tramite **AREA RISERVATA**: compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di Rimborso/Indennizzo e allegando copia della documentazione sopra elencata.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO

Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST come aderenti a Mutua CST tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la propria Area Riservata.

GESTIONE DEI RIMBORSI E DEGLI INDENNIZZI

Nel caso in cui l'Aderente o l'Avente Diritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Mutua CST l'importo degli eventuali rimborsi o indennizzi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicurative per lo stesso Evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Mutua CST. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di Rimborso o Indennizzo in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo.

Invio della documentazione tramite Area Riservata



1. L'Aderente dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Mutua CST e che abbia assunto lo stato "Protocollata" nell'apposita sezione Pratiche - Le mie richieste, in Area Riservata. Successivamente, l'Aderente dovrà monitorare lo stato della pratica e le eventuali relative comunicazioni presenti nella medesima sezione.
2. Se in fase di gestione della richiesta si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Mutua CST o, nel caso di Garanzia prestata mediante convenzione assicurativa, la Compagnia coinvolta e specificata nel Piano sanitario, provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata visibile nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa, Mutua CST invierà un'e-mail all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Aderente avrà a disposizione **30** giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata e non inserendo una nuova richiesta di Rimborso.
3. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del Rimborso o Indennizzo (prestazione non prevista dal piano, richiesta Rimborso o Indennizzo tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del Rimborso o Indennizzo la pratica assumerà lo stato "Liquidata" e verrà inviata all'Aderente, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.



CONTATTI DI
MUTUA CST

CONTATTI DI MUTUA CST

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili nella tua Area Riservata, raggiungibile dal nostro sito internet **www.mutuacst.it**

Puoi consultare il tuo Piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza e consultare gli elenchi delle Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST.

Per ulteriori informazioni riguardanti il Piano sanitario, le modalità di iscrizione al Piano e di utilizzo dell'Area Riservata, **contatta il tuo Promotore Mutualistico.**

Ti è rimasto qualche dubbio che non sei riuscito a risolvere?

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla chat dedicata nella tua Area Riservata oppure all'indirizzo email **assistenza.italas@mutuacst.it**.

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Chiama i nostri uffici allo 0461.1975485

Indirizzo di Mutua CST

Indirizzo di Mutua CST
Mutua CST - Società di Mutuo Soccorso
via Segantini, 10 - Trento

05

GARANZIE
DEL PIANO

I massimali indicati nelle singole aree di Garanzia o Garanzie sono riferiti:

- *nel caso di iscrizione Individuale, all'Aderente o, ove previsto, agli Aveni Diritto;*
- *nel caso di iscrizione Famiglia, all'intero Nucleo familiare e condivisi da tutti i componenti di quest'ultimo.*

Sommario *PRESTAZIONI*

Area **RICOVERO E INTERVENTO**

pag. **23**

- DURANTE IL RICOVERO
- PERIODO PRE RICOVERO
- PERIODO POST RICOVERO
- INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
- ACCOMPAGNATORE
- TRASPORTO SANITARIO
- TUTELA SPECIALE NEONATI
- RIMPATRIO DELLA SALMA

pag. 23
pag. 24
pag. 24
pag. 24
pag. 25
pag. 25
pag. 25
pag. 26

Area **SPECIALISTICA**

pag. **27**

- ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE
- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- VISITE SPECIALISTICHE

pag. 28
pag. 29
pag. 30

Area **MATERNITÀ**

pag. **31**

- PACCHETTO MATERNITÀ
- INDENNITÀ PARTO

pag. 32
pag. 33

Area **ODONTOIATRICA**

pag. **34**

- PREVENZIONE ODONTOIATRICA
- CURE ODONTOIATRICHE DA Infortunio
- CURE ODONTOIATRICHE

pag. 35
pag. 35
pag. 36

Area **SOCIO SANITARIA**

pag. **38**

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI Infortunio
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI Infortunio

pag. 39
pag. 40

Area **PSICOLOGICA**

pag. **41**

- SUPPORTO PSICOLOGICO MINORI
- SUPPORTO PSICOLOGICO POST-PARTO O IN CASO DI ABORTO

pag. 42
pag. 42

Programmi di **PREVENZIONE**

pag. **44**

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

- CHECK UP DONNA
- CHECK UP UOMO
- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
- PREVENZIONE OCULISTICA
- PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- PREVENZIONE SPORT
- PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA
- PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

pag. 45
pag. 45
pag. 46
pag. 46
pag. 46
pag. 47
pag. 47
pag. 47



Area
**RICOVERO
E INTERVENTO**

Area **RICOVERO E INTERVENTO**

Nell'Area Ricovero e Intervento sono ricomprese le prestazioni conseguenti a Malattia o Infortunio che abbiano dato origine a:

- Ricovero per Grande intervento chirurgico.

Per l'accesso all'Assistenza in forma diretta o indiretta per le prestazioni dell'Area Ricovero e Intervento, è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Specialista, indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico Specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto.

DURANTE IL RICOVERO



Nel caso di Ricovero per Grande intervento chirurgico dell'Aderente a seguito di Malattia o Infortunio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- cure, trattamenti e terapie riconosciute dai protocolli internazionali oncologici (es: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore, etc);
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'assistito;
- spese per materiale medicale e protesico;
- spese sostenute per l'utilizzo di robot;
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

In caso di trapianto, sono riconosciute le spese dell'Aderente per ricevere l'organo trapiantato.

➔ **ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA**

- Franchigia di **€ 750** nel caso di Ricovero per Grande Intervento chirurgico e Tutela speciale neonati.

La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ **ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA**

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500** per qualsiasi tipo di Ricovero o Intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario. .

PERIODO PRE RICOVERO



Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del Ricovero per Grande intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, e Visite specialistiche, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo.
La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

PERIODO POST RICOVERO



Nel periodo di **120 giorni** successivi alla fine del Ricovero per Grande intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche, Trattamenti fisioterapici riabilitativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero e ad esso riconducibili.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Rimborso al **100%**

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per periodo

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



Nel caso in cui le spese di Ricovero per Grande intervento chirurgico siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, il Piano sanitario garantisce un'indennità sostitutiva di **€ 75** per i primi 30 giorni di Ricovero ed **€ 100** per i successivi. L'indennità è giornaliera e garantita per un massimo di **100 giorni per anno di copertura**.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

ACCOMPAGNATORE



Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone a Ricovero per Grande intervento chirurgico necessiti di un accompagnatore, il Piano sanitario garantisce un'indennità di **€ 30 per ogni giorno** di Ricovero per un massimo di 60 giorni all'anno a copertura delle spese dell'accompagnatore stesso, documentate (fatture, notule, ricevute), sostenute per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se l'istituto non presenta disponibilità.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

TRASPORTO SANITARIO



Nel caso in cui l'Aderente necessiti di recarsi con mezzi sanitariamente attrezzati presso un Istituto di Cura per un Ricovero per Grande intervento chirurgico in Italia o all'estero ai sensi del Piano sanitario, è garantito il Rimborso delle spese di trasporto da e verso l'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione, sempreché le condizioni dell'Aderente giustifichino questa necessità.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Aderente è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

Nel limite per Ricovero o intervento di **€ 500**, elevato a **€ 1.500** per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a **€ 2.500** per trasporto con eliambulanza o aereo sanitario.

- La Garanzia è fruibile in **forma diretta o indiretta**.

TUTELA SPECIALE NEONATI



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, figlio dell'Aderente, per la correzione di Malformazioni congenite, comprese visite e Accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore, come definito ai punti 2 "Durante il Ricovero", 3 "Periodo Pre Ricovero", 4 "Periodo Post Ricovero", 6 "Accompagnatore". In deroga a quanto previsto dall'articolo Carenze contrattuali delle Norme di attuazione, la presente Garanzia è operante dalla nascita del neonato, senza applicazione di carenze.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 750** per Ricovero. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per Ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 2.500**.

RIMPATRIO DELLA SALMA



Nel caso di decesso all'estero durante il Ricovero a seguito malattia o infortunio, il Piano sanitario garantisce il Rimborso delle spese per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 3.000** per anno di copertura

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

€ 100.000 per l'insieme delle prestazioni dell'Area, ridotto a **€ 50.000** nel caso di Assistenza in forma indiretta o in Regime misto.

SUB-MASSIMALI PER EVENTO:

- Ricovero per Grande Intervento chirurgico: **€ 25.000** per l'insieme delle prestazioni dell'Area;

SUB-MASSIMALE PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA

- Tutela Speciale Neonati: **€ 20.000**



Area
SPECIALISTICA

Area **SPECIALISTICA**

ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni di Alta Specializzazione, eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta, nel limite di due prestazioni per specializzazione per anno di copertura. Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

Le **prestazioni rimborsabili** sono:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (es: angiografia, broncografia)
- Medicina nucleare (es: scintigrafie)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata con o senza mezzo di contrasto (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Mammografia
- Esami Istologici

➔ **ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA**

- Franchigia di **€ 45** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↺ **ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA**

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 100**.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici eseguiti indipendentemente dal Ricovero, in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

Le **prestazioni rimborsabili**, fruite presso strutture private convenzionate e non convenzionate, sono:

- Diagnostica radiologica tradizionale
- Ecocardiografia
- Elettrocardiografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Uroflussometria
- Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)

Qualora l'Aderente si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano sanitario prevede il rimborso dei ticket sanitari anche per accertamenti diagnostici non ricompresi nell'elenco sopra riportato.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia di **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

VISITE SPECIALISTICHE



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta, nel limite di due visite per specializzazione per anno di copertura. Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia di **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione con minimo non indennizzabile di **€ 50**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Specialistica: **€ 5.000**

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Alta Specializzazione Diagnostica e Strumentale: **€ 3.000**
- Accertamenti Diagnostici: **€ 1.000**
- Visite Specialistiche: **€ 1.000**



Area
MATERNITÀ

Area **MATERNITÀ**

PACCHETTO MATERNITÀ



In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute dall'Aderente in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso Strutture convenzionate e non convenzionate, sono:

- a.** Ecografie di controllo;
- b.** Amniocentesi;
- c.** Villocentesi;
- d.** Accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza;
- e.** Visite specialistiche ginecologico-ostetriche e controlli ostetrici sull'andamento della gravidanza.

In merito alle prestazioni di cui alla lettera "e", si precisa che le Visite specialistiche devono essere effettuate da medici specializzati in ginecologia e ostetricia e i controlli ostetrici da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale. Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

➔ **ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA**

- Franchigia di **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ **ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA**

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 80** per prestazione.

INDENNITÀ PARTO



In occasione del parto, l'Aderente ha diritto a un'Indennità di **€ 100** per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a **3 giorni** per Ricovero. Il primo e l'ultimo giorno di Ricovero sono considerati come un unico giorno. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di Ricovero per aborto terapeutico. Per il parto domiciliare è previsto un sussidio forfettario di **€ 150**.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Maternità: **€ 1.000**

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Pacchetto Maternità: **€ 700**
- Indennità Parto: **€ 300**



Area
ODONTOIATRICA

Area ODONTOIATRICA

PREVENZIONE ODONTOIATRICA



Il Piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il riconoscimento di una visita odontoiatrica annuale, in deroga a quanto previsto all'articolo Esclusioni delle Norme di attuazione, unitamente ad una seduta di ablazione semplice del tartaro, fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'Assistenza in forma diretta. Visita e seduta di ablazione devono essere eseguite in un'unica soluzione.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO



Il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di Infortunio, certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, e ad esso riconducibili, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'Infortunio.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST. La prestazione viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **50%** per evento.

CURE ODONTOIATRICHE



Il Piano sanitario prevede l'accesso mediante l'Assistenza in forma diretta alle cure odontoiatriche **fruite esclusivamente presso Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società**. Nel seguito sono riportate le prestazioni accordabili e i relativi importi massimi indennizzabili. Nel caso di avulsioni e implantologia, ai fini liquidativi è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione richiesta. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi di seguito riportati, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

Avulsioni (estrazioni dentarie), massimo 4 prestazioni per anno di copertura:

- Estrazione semplice: € 36 importo massimo accordabile;
- Estrazione complessa in inclusione ossea parziale: € 50 importo massimo accordabile;
- Estrazione in inclusione ossea totale: € 120 importo massimo accordabile.

Cure conservative:

- Otturazione carie in composito o amalgama: € 40 importo massimo accordabile per otturazione 1-2 superfici, € 60 per otturazione 3-5 superfici. Massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- Terapia canalare (compresi rx endorali e otturazioni): € 80 importo massimo accordabile per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;
- Intarsio ceramica: € 200 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata: € 30 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica in lega non preziosa (L.N.P.) e ceramica o lega preziosa (L.P.): € 150 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona in lega preziosa (L.P.) e ceramica o metal free o AGC e porcellana: € 300 importo massimo accordabile per elemento;
- Trattamenti ortognatodontici fino al compimento del 30° anno di età: € 300 importo massimo accordabile. Massimo 4 anni di copertura.

Radiologia:

- Radiografia endorale: € 5 importo massimo accordabile per prestazione;
- Ortopantomografia (OPT): € 15 importo massimo accordabile per prestazione;
- Teleradiografia: € 20 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 1 arcata: € 100 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 2 arcate: € 150 importo massimo accordabile per prestazione.

Implantologia:

- applicazione di un numero di 1 o più impianti, previsti nel medesimo Piano terapeutico. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i: € 500 importo massimo accordabile per elemento.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (presso Strutture convenzionate)

- Le prestazioni possono essere fruite presso le Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi previsti, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

MASSIMALE DI AREA**MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:**

Massimale dell'Area Odontoiatrica: **€ 3.500**

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Cure Odontoiatriche: **€ 500**
- Cure Odontoiatriche da Infortunio: **€ 3.000**



Area
SOCIO SANITARIA

Area **SOCIO SANITARIA**

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO



Nel caso di Infortunio, con certificato del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale redatto entro 7 giorni dal sinistro, con prognosi superiore a 10 giorni ed esplicita necessità di prestazioni a domicilio, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilitazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, effettuati da professionisti sanitari e socio-sanitari riconosciuti dal Ministero della Salute, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare un certificato del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Specialista, indicante la necessità di assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di Infortunio. Nel caso di prescrizione di un Medico Specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** per evento.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO



Nel caso di Infortunio, con certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale redatto entro 7 giorni dal sinistro, con prognosi superiore a 10 giorni, il Piano sanitario prevede il Rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici - riabilitativi effettuati presso un Centro medico. Per richiedere l'accesso alla prestazione in forma diretta o indiretta, l'Aderente deve presentare la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Specialista, indicante la patologia per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico Specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione e deve avere una specializzazione attinente con quanto prescritto (ad esempio: ortopedia, fisiatria, neurologia). Ai fini liquidativi, nel caso di Assistenza in forma indiretta, l'Aderente deve presentare evidenza del titolo di studio e dell'anno di conseguimento dello stesso da parte del professionista che ha erogato la prestazione fisioterapica. Si invita a consultare il Glossario alla voce "Trattamenti fisioterapici riabilitativi".

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società. La prestazione viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** per evento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Socio Sanitaria: **€ 5.000**

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Assistenza infermieristica e socio sanitaria a seguito di Infortunio: **€ 2.500**
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio: **€ 2.500**



Area
PSICOLOGICA

Area PSICOLOGICA

SUPPORTO PSICOLOGICO MINORI



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per cicli psicoterapici/psichiatrici, in deroga a quanto previsto dall'articolo Esclusioni delle Norme di attuazione, destinati ai figli minori dell'Aderente, erogati da Psicoterapeuti o medici psichiatri, previa prescrizione del Pediatra, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del medico specialista. Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 40** per prestazione.

SUPPORTO PSICOLOGICO POST-PARTO O IN CASO DI ABORTO



In caso di necessità di supporto psicologico post parto o a seguito di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per cicli psicoterapici/psichiatrici, in deroga a quanto previsto dall'articolo "Esclusioni" delle Norme di attuazione, destinati alla persona che ha partorito o ha subito l'aborto, Aderente al Piano sanitario o sua coniuge, unita civilmente o convivente more uxorio, riscontrabile dallo Stato di famiglia dell'Aderente. I cicli psicoterapici/psichiatrici devono essere erogati da Psicoterapeuti o medici psichiatri, previa prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del medico specialista.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 30** per prestazione. La quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: Rimborso al **100%**
- Strutture sanitarie private: scoperto del **30%** per prestazione con il massimo rimborsabile di **€ 40** per prestazione.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Psicologica: **€ 600**

SUB-MASSIMALI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Supporto psicologico minori: **€ 300**
- Supporto psicologico post-parto o per aborto: **€ 300**



Programmi di
PREVENZIONE

Programmi di PREVENZIONE

PROGRAMMI DI PREVENZIONE



Il Piano sanitario garantisce la possibilità all'Aderente e agli aventi diritto di beneficiare dei programmi di prevenzione di seguito descritti, trascorsi almeno 6 mesi dalla prima adesione al piano sanitario, fruibili presso le Strutture convenzionate da Cooperazione Salute - Mutua CST senza alcun onere a carico, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Mutua CST. Nel caso di iscrizione individuale, il Piano sanitario garantisce la fruizione di 1 check up per anno di copertura. Nel caso di iscrizione Famiglia, il Piano sanitario garantisce un massimo di due check up per Nucleo familiare per anno di copertura. **I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente presso le Strutture convenzionate, in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Mutua CST.** Per la fruizione dei programmi di prevenzione non è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Specialista.

CHECK UP DONNA

(Dedicato a Donne senza limiti di età)

- Emocromocitometrico
- Glicemia
- Creatinina
- Colesterolo totale
- Colesterolo LDL e HDL
- Trigliceridi
- Quadro sieroproteico (elettroforesi)
- Proteina C reattiva
- Acido urico
- 17Beta estradiolo
- LH
- FSH
- Vitamina D25OH
- Transaminasi GOT e GPT
- Gamma-GT
- TSHR
- Sodio
- Cloro
- Ferro
- Ferritina
- Potassio
- Omocisteina
- Esame urine completo
- Sangue occulto nelle feci
- Prelievo venoso

CHECK UP UOMO

(Dedicato a Uomini senza limiti di età)

- Emocromocitometrico
- Glicemia
- Creatinina
- Colesterolo totale
- Colesterolo LDL e HDL
- Trigliceridi
- Quadro sieroproteico (elettroforesi)
- Acido urico
- Testosterone
- Vitamina D25OH
- Transaminasi GOT e GPT
- Gamma-GT
- Proteina C reattiva
- TSHR
- Sodio
- Calcio
- Cloro
- Potassio
- PSA Riflesso
- Omocisteina
- Esame urine completo
- Sangue occulto nelle feci
- Prelievo venoso

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

(Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età)

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

PREVENZIONE OCULISTICA

(Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età)

- Valutazione anamnestica tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale
- Studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- Misurazione del tono oculare
- Misurazione del visus

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

(Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età)

- Visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

PREVENZIONE SPORT

(Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età)

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb,-GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Elettroliti: potassio e sodio (nel sangue e nelle urine)
- Urine, esame chimico e microscopico completo
- E.C.G. di base e dopo sforzo
- Ecocardiogramma M Mode 2D
- Spirometria semplice (con vitalograph)

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

(Dedicato a Donne di età superiore a 35 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Visita ginecologica e PAP-Test

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

(Dedicato a Uomini di età superiore a 35 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Esame delle urine
- Ecografia prostatica

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata da Cooperazione Salute - Mutua CST mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Mutua CST, senza alcun onere a carico dell'Aderente.



06

ASSISTENZA
H24

In caso di necessità dovuta a Malattia o Infortunio, l'Aderente può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**. Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Invio di un medico/pediatra a domicilio
- Assistenza infermieristica e/o fisioterapica a domicilio
- Invio di un Operatore Socio Sanitario e/o di un Collaboratore/trice familiare
- Trasferimento sanitario programmato
- Monitoraggio del Ricovero ospedaliero
- Tutoring Assistenziale
- Second Opinion di un medico specialistica presso un centro di eccellenza
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

ASSISTENZA IN VIAGGIO

- Invio di un interprete all'estero
- Invio di medicinali all'estero
- Segnalazione di un medico specialista all'estero
- Prolungamento del soggiorno dell'Aderente e/o dei familiari
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 12
- Rientro anticipato o posticipato

Il servizio di Assistenza H24 è offerto grazie alla convenzione con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione dell'Assistenza H24, i contenuti delle prestazioni e le eventuali limitazioni applicate, si invita l'Aderente a prendere visione del *Regolamento_Ima Italia Assistance* presente nella propria Area Riservata e nella sezione Piani Individuali del sito web di Mutua CST.

A large, stylized number '07' rendered in white outline font. The '0' is a simple circle, and the '7' has a thick, blocky design with a horizontal bar. The number is positioned on the left side of the page, partially overlapping a large, light green circular shape that serves as a background element.

07

NORME DI
ATTUAZIONE

Sommario *NORME*

NORME PARTICOLARI	52
1. OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO	52
2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	52
3. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE	52
4. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO	53
5. LIMITI DI ETÀ	53
6. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA	54
7. CONTRIBUTO	54
8. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO	55
9. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	55
LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	56
1. CARENZE CONTRATTUALI	56
2. PATOLOGIE PREGRESSE	56
3. ESCLUSIONI	57
4. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE	58
5. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ	59
6. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI	59
7. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	59
NORME GENERALI	60
1. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	60
2. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	60
3. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	60
4. ESTENSIONE TERRITORIALE	61
5. RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO	61
6. VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ	61
7. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	62
8. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE	62
9. LIMITI DI SPESA PRE E POST RICOVERO	63
10. GESTIONE MUTUALISTICA	63
11. TUTELA DEI DATI PERSONALI	63
12. CONTROLLI	63
13. CHIARIMENTI E RECLAMI	64
14. CONTROVERSIE	64
15. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE	64

NORME PARTICOLARI

1. OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO

Mutua CST riconosce le spese sostenute dall'Aderente, riconducibili a Malattia o Infortunio, con riferimento alle Garanzie rientranti nel presente Piano sanitario. Massimali, Sub-massimali/sotto-limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati nel presente documento. Nel caso di iscrizione Famiglia, ovvero con l'inclusione dell'intero Nucleo familiare e versamento del corrispondente contributo di adesione, i Massimali e Sub-massimali descritti sono condivisi da tutti i componenti di detto Nucleo familiare.

2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Mutua CST si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani sanitari, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani sanitari, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi.

L'erogazione di alcune Garanzie previste dal Piano sanitario è garantita da Mutua CST mediante convenzione assicurativa con primarie Compagnie assicurative, esplicitamente segnalate nel presente documento.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Aderente riceve le prestazioni riferite alla specifica convenzione direttamente dalla Compagnia Assicurativa, secondo quanto previsto dal presente documento e dalle relative condizioni di assicurazione.

3. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'iscrizione a Mutua CST per l'adesione al Piano sanitario è volontaria e consentita a persone fisiche, riconducibili all'attività promozionale di Itas Network, che intendono sottoscrivere un Piano sanitario in modalità individuale o con l'intero Nucleo familiare (adesione Famiglia), che ne facciano richiesta mediante la compilazione e l'invio della "Domanda di Adesione". L'adesione si perfeziona mediante il pagamento del contributo richiesto. Mutua CST si riserva la facoltà di effettuare in qualunque momento opportune verifiche al fine di accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese dall'Aderente.

Il richiedente, confermata la domanda di adesione da parte di Mutua CST, acquisisce la qualifica di Socio Ordinario della Società di Mutuo Soccorso e di Aderente del suddetto Piano sanitario.

4. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO

Al momento dell'iscrizione al Piano sanitario, l'Aderente può optare per l'adesione individuale o l'adesione con l'intero Nucleo familiare (adesione Famiglia), in quest'ultimo caso i familiari assumeranno la qualifica di Aventi Diritto. Per la definizione di Nucleo familiare e Avente Diritto si rimanda al Glossario del presente Piano sanitario.

Per l'adesione Famiglia è richiesta un'autocertificazione da parte dell'Aderente.

Nel caso di adesione Famiglia, il contributo di iscrizione è calcolato sulla base dell'età del componente più anziano.

È data la facoltà all'Aderente, in fase di rinnovo annuale, di attivare un'adesione Famiglia in sostituzione dell'adesione individuale in scadenza.

Nel caso inverso di sostituzione di un'adesione Famiglia con un'adesione individuale senza soluzione di continuità, il nuovo passaggio ad un'adesione Famiglia potrà avvenire trascorsi almeno 2 anni solari dall'attivazione dell'ultima adesione individuale.

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se già in vigore un'iscrizione ad un Piano sanitario dedicato al Nucleo familiare. Tale variazione deve essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita, in questo caso la copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

Negli altri casi di inclusione nel Nucleo familiare, ad esempio il matrimonio, la copertura opera nei confronti dei nuovi assistiti dal 1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Mutua CST entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

Mutua CST si riserva la facoltà di effettuare in qualunque momento opportune verifiche al fine di accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese dall'Aderente.

5. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al Piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 70 anni. Possono altresì aderire al Piano sanitario in qualità di Avente Diritto i figli minori dell'Aderente.

In caso di disdetta del Piano sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

6. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA

Per gli Aderenti e gli Aventi Diritto, la copertura sanitaria ha una durata minima di un anno ed ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 dell'1 gennaio, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Nel caso di adesione in corso d'anno, la copertura ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo alla sottoscrizione, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno successivo, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Al termine di tale periodo, in mancanza di disdetta da parte dell'Aderente mediante lettera raccomandata o PEC inviata a Mutua CST con un preavviso di almeno 60 giorni, la copertura si intende tacitamente rinnovata per un ulteriore anno e così di seguito. Nel caso di disdetta, l'Aderente potrà richiedere una nuova adesione ad un Piano sanitario di Mutua CST trascorsi almeno 2 anni.

7. CONTRIBUTO

Il contributo per la prima adesione e per le successive è calcolato su base annuale, a copertura dell'anno solare intero, con versamento anticipato da effettuarsi contestualmente all'adesione al piano, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura. Diversamente, in caso di adesione in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde:

- a.** alla frazione d'anno in mesi interi che intercorre tra il momento dell'iscrizione e il 31 dicembre dello stesso anno (anche "rateo di contributo");
- b.** all'intero contributo per l'anno solare successivo.

Il rateo di contributo di cui alla lettera a) deve essere versato contestualmente all'adesione al Piano sanitario. Il contributo intero di cui alla lettera b) deve essere versato entro il 31 dicembre del primo anno di copertura in corso.

Il contributo di adesione può essere corrisposto in un'unica soluzione o mediante frazionamento semestrale o trimestrale. In caso di frazionamento il pagamento della prima rata deve avvenire obbligatoriamente mediante bonifico bancario, le rate successive dovranno essere tassativamente versate mediante addebito diretto SEPA.

8. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO

Qualora uno o più assistiti perdano nel corso dell'anno di copertura i requisiti di Avente Diritto (ad es: divorzio o separazione dall'Aderente, figlio non più a carico dell'Aderente), la copertura rimarrà operante fino alla prima scadenza annuale. La comunicazione di esclusione deve pervenire a Mutua CST entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

9. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Mutua CST garantisce che tutte le pratiche relative alle richieste di Rimborso e Indennizzo previste dal Piano sanitario sono liquidate nell'Assistenza in forma indiretta (attraverso accredito sul c/c dell'Aderente) entro un massimo 60 giorni dal momento dell'acquisizione della richiesta sottoposta dall'Aderente alla Società, fatto salvo il periodo di 30 giorni garantito all'Aderente per le integrazioni documentali a seguito di richiesta da parte della Società e il successivo periodo di 15 giorni per l'elaborazione della documentazione integrativa ricevuta dalla Società.

L'acquisizione da parte di Mutua CST della documentazione sanitaria inviata dall'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riservata.

Qualora allo scadere dei 30 giorni previsti a seguito di richiesta di integrazione documentale da parte di Mutua CST, la documentazione ricevuta dalla Società risulti ancora incompleta, la richiesta di Rimborso o Indennizzo è respinta.

L'Aderente ha la possibilità di presentare una nuova richiesta di Rimborso o Indennizzo per la stessa spesa sanitaria secondo i tempi e i modi previsti nella sezione "Forme di assistenza", paragrafo "Assistenza in forma indiretta" del presente Piano sanitario.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente Diritto minorenni:

- la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente Diritto che ha fruito della prestazione.

L'Aderente potrà produrre in qualsiasi momento nella propria Area Riservata un riepilogo dei contributi versati e dei Rimborsi e Indennizzi percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa, utilizzabile ai fini delle detrazioni fiscali sulla parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

1. CARENZE CONTRATTUALI

I termini di carenza sono fissati come segue, pertanto la copertura del Piano sanitario ha effetto:

- dal 30° giorno, per le prestazioni ospedaliere o extraospedaliere conseguenti ad Infortunio;
- dal 120° giorno, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a Malattia;
- dal 120° giorno, per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a Malattia e per le cure dentarie;
- dal 271° giorno, per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio;

Qualora l'Aderente nelle annualità successive alla decorrenza della copertura sottoscriva massimali più elevati e/o prestazioni aggiuntive, senza soluzione di continuità, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di prima iscrizione al Piano sanitario, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto la nuova configurazione del Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e/o alle diverse prestazioni da esso previste.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Aderenti.

Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del Piano sanitario, i termini di carenza saranno reconsiderati per intero.

2. PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le prestazioni effettuate per Malattie (anche croniche e recidivanti), Malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano sanitario.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del Piano sanitario, a partire dal 6° anno sarà prevista la copertura completa delle patologie preesistenti al momento dell'adesione. Tale copertura sarà garantita per tutto il periodo di permanenza continuativa nel Piano sanitario. Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del Piano sanitario, le patologie pregresse saranno ricomprese successivamente ad una nuova permanenza continuativa nel Piano sanitario di almeno 5 anni solari.

3. ESCLUSIONI

Sono escluse dalla copertura sanitaria le spese per:

- prestazioni erogate da soggetti diversi da quelli previsti dalle singole coperture del Piano sanitario;
- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- prestazioni e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dal Ministero della Salute;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto dal Piano sanitario;
- Visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- Ricoveri impropri;
- Prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti e/o correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;

- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da Infortunio o conseguente ad Intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere ovvero degenze che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

4. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione in lingua diversa dall'italiano deve essere accompagnata da traduzione in lingua italiana. In caso di assenza della traduzione sul documento di spesa stesso, eventuali spese per richiederne una traduzione ufficiale sono a carico dell'Aderente.

5. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa. Fa fede la data di emissione del documento fiscale o, nel caso di indennità, la data di fine dell'evento sanitario (es. data di dimissioni in caso di Ricovero).

Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

6. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Aderente:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica)
- spese di gestione della struttura sanitaria
- qualsiasi spesa aggiuntiva non relativa alla pura prestazione sanitaria, ecc.

7. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso di Assistenza in forma diretta: qualora la Società accerti che la copertura non è operante e/o che le prestazioni eseguite non sono conformi a quanto indicato dal Piano sanitario e a quanto autorizzato da Mutua CST, oppure se si presentino condizioni o elementi che determinino l'ineoperatività della Garanzia o l'inefficacia della copertura sanitaria: Mutua CST ne darà comunicazione all'Aderente il quale dovrà restituire l'intera o parte della somma indebitamente pagata alla struttura e ai medici oppure saldare direttamente il costo sia alla struttura che ai medici.

Nel caso di Assistenza in forma indiretta: qualora la Società accerti un indebito pagamento conseguente a prestazioni non previste dal Piano sanitario di riferimento, Mutua CST ne darà comunicazione all'Aderente il quale dovrà restituire l'intera o parte della somma indebitamente pagata.

NORME GENERALI

1. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo anticipato di adesione, intero o frazionato, e salve le Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, gli Aderenti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal Piano sanitario a cui hanno aderito a partire dal primo giorno di decorrenza della copertura.

2. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

I contributi di iscrizione ad un Piano sanitario individuale beneficiano della detraibilità fiscale nella misura del 19% del contributo fino al massimo di 1.300 euro ex-art 83, com. 5, del Codice del Terzo Settore – D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117).

3. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

In caso di mancato versamento del contributo, è data la possibilità all'Aderente di regolarizzare la propria posizione entro 30 giorni senza effetto sulla copertura.

In caso di mancata regolarizzazione dei versamenti entro i 30 giorni stabiliti, la copertura rimane sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno del mese successivo al mese di pagamento del contributo o della rata di contributo.

Qualora l'Aderente regoli la propria posizione entro la fine del 6° mese successivo al primo mancato versamento, la copertura sarà riattivata ad esclusione degli eventi riconducibili al periodo di sospensione o successivi alla regolarizzazione ma relativi a malattie o infortuni insorti o verificatisi nello stesso periodo di sospensione.

Trascorso il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Mutua CST, come previsto dallo Statuto vigente. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Mutua CST, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano di Mutua CST trascorsi almeno 2 anni solari.

4. ESTENSIONE TERRITORIALE

Possono aderire al presente piano esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia. La copertura vale per il Mondo Interio con l'intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento in euro.

5. RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO

La Società, o la Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge. Sarà cura della Società, o della Compagnia assicurativa coinvolta, inviare all'Aderente una comunicazione di avviso liquidazione per comunicare la chiusura della pratica.

6. VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ

L'Aderente o i suoi Aveni Diritto devono consentire la visita dei medici incaricati da Mutua CST, o dalla Compagnia assicurativa che garantisce la specifica Garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente stesso.

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro;
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Inoltre, la Società, la Compagnia assicurativa coinvolta e l'Aderente potranno contattarsi direttamente per richieste di chiarimento o ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione e gestione del sinistro.

7. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario da parte dell'Aderente si estingue per:

- sospensione dovuta a ritardo nei versamenti contributivi;
- esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- decesso dell'Aderente.

8. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

Se in corso di validità del Piano sanitario l'Aderente decede, i suoi eredi legittimi devono avvisare tempestivamente Mutua CST fornendo i propri estremi e il certificato di morte dell'Aderente. La Società procederà, in caso di versamento annuale anticipato, alla restituzione agli eredi del Contributo di adesione pagato e non goduto dall'Aderente deceduto.

Qualora gli eredi intendano chiedere l'Indennizzo dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura è necessario sottoporre a Mutua CST i seguenti documenti aggiuntivi:

- copia autenticata dell'eventuale testamento con:
 - estremi del testamento;
 - dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non sia stato impugnato;
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire.

Se non è presente un testamento:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato o pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento;
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Mutua CST a liquidare l'Indennizzo e ai beneficiari di riscuotere quote loro destinate, nel caso di beneficiari minorenni o incapaci di agire;
- fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria/Codice fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare sino alla scadenza della copertura del Piano sanitario.

Tali previsioni non operano relativamente all'Indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Aderente avvenuto prima delle dimissioni.

9. LIMITI DI SPESA PRE E POST RICOVERO

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un Ricovero sono quelli previsti dalla Garanzia Ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelta (assistenza diretta o indiretta).

In forma Assistenza Diretta, nel caso in cui il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla copertura. L'Aderente è tenuto a restituire a Mutua CST, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa Garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, su richiesta di Mutua CST, a restituire l'intera somma pagata da Mutua CST alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se non si era ancora provveduto al pagamento.

10. GESTIONE MUTUALISTICA

Mutua CST si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del Piano sanitario, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura.

11. TUTELA DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'Aderente e dell'Avente Diritto, forniti a Mutua CST per l'adesione al Piano sanitario e per la fruizione dello stesso, sono tutelati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come descritto nell'informativa privacy allegata al presente Piano sanitario e nelle informative particolari, rilasciate da Mutua CST al momento dell'attivazione della propria Area Riservata e degli eventuali altri strumenti messi a disposizione dalla Società.

12. CONTROLLI

Mutua CST al fine di accertare il diritto dell'Aderente alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Mutua CST comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

13. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte degli Aderenti della copertura sanitaria, sarà Mutua CST attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Aderente.

Nel caso la richiesta di chiarimento o il reclamo riguardi una Garanzia prestata da Mutua CST mediante una convenzione assicurativa, sarà la Compagnia assicurativa interessata a dare riscontro all'Aderente.

Qualora la richiesta di chiarimento o il reclamo desse vita ad un contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Mutua CST e l'Aderente si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Mutua CST e l'altro dall'Aderente. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

14. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'avente diritto.

15. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione del Piano sanitario, si fa riferimento allo Statuto vigente di Mutua CST.

A large, stylized number '08' rendered in white outline font. The '0' is a simple circle, and the '8' is composed of two stacked circles. The number is positioned on the left side of the page, partially overlapping a large, light green circular shape that also features a white outline of the number '08'.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza uretero-sigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI PATOLOGIE

- INFARTO MIOCARDICO ACUTO
- INSUFFICIENZA CARDIORESPIRATORIA SCOMPENSATA CHE PRESENTI CONTEMPORANEAMENTE ALMENO TRE DELLE SEGUENTI MANIFESTAZIONI:
 - Dispnea
 - Edemi declivi
 - Aritmia
 - Angina instabile
 - Edema o stasi polmonare
 - Ipossiemia
- NEOPLASIA MALIGNA
- DIABETE COMPLICATO CARATTERIZZATO DA ALMENO DUE TRA LE SEGUENTI MANIFESTAZIONI:
 - Ulcere torbide
 - Decubiti
 - Neuropatie
 - Vasculopatie periferiche
 - Infezioni urogenitali o sovrinfezioni
- VASCULOPATIA ACUTA A CARATTERE ISCHEMICO O EMORRAGICO CEREBRALE
- USTIONI DI TERZO GRADO CON ESTENSIONE PARI ALMENO AL 20% DEL CORPO
- TETRAPLEGIA
- SCLEROSI MULTIPLA
- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA



In collaborazione con:



T. 0461.1975485
www.mutuaCST.it.
assistenza.itas@mutuacst.it